

Bölüm Editörü: Op. Dr. Tugan TEZCANER
İğdır Devlet Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği, İğdır

Yeni çoklu erişimli tek port cihazı kullanarak kolon kanseri için laparoskopik kolektomi

Uematsu D, Akiyama G, Matsuura M, Hotta K. Dis Colon Rectum. 2010;53(4):496-501.

AMAÇ: Kolorektal hastalıkların cerrahi tedavisinde laparoskopik kolektomi yaygın kullanılan bir yöntemdir, ve tek erişim noktasından laparoskopik kolektomi hızla gelişmektedir. Bu çalışmada, yeni çoklu erişimli tek port laparoskopik kolektomi (SALC) tanımlanmaktadır. **HASTALAR ve YÖNTEM:** Kasım 2008 ile Ocak 2009 arasında SALC yapılan 5 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Karna umblikus üzerinde 3-4 cm'lik insizyondan ulaşıldı. Pnömooperitoneum sağlanması amacı ile özel olarak geliştirilmiş eldiven ile kaplanmış 3 adet 5 mm'lik port içeren cihaz kullanıldı. Hastaların tümünde, inferior mezenterik arterin kökü sol kolik arterin dallandığı yerden izole edildi ve kesildi. **BULGULAR:** Toplam ameliyat süresi median olarak 185 (176-210) dakika idi. Kan kaybı tüm olgularda oldukça azdı (0-20 ml). Sadece bir hastada ek iki port daha kullanılarak laparoskopik yardımcı kolektomiye dönüldü. Toplanan lenf nodu sayısı median 17 (12-24) idi. Postoperatif komplikasyon izlenmedi. Hastanede yatış süresi her hasta için 7 gün idi. **SONUÇ:** SALC, bu prosedürün özellikli prensiplerini bilen deneyimli laparoskopik cerrahlar tarafından yapıldığı zaman etkili ve başarılı bir yöntemdir. Daha fazla deneyim ve çalışmalar mutlaka gereklidir.

Laparoskopik sağ hemikolektomide mezenterik defektin kapatılmamasının uzun dönem sonuçları

Cabot JC, Lee SA, Yoo J, *et al.* Dis Colon Rectum. 2010;53(3):289-92.

AMAÇ: Laparoskopik sağ hemikolektomide mezenterik defektin kapanması önemli bir tartışma konusudur. Bu çalışma, mezenterik defektin kapamamanın sonuçlarını ortaya koymak amacı ile yapılmıştır. **HASTALAR ve YÖNTEM:** Neoplazi nedeniyle laparoskopik sağ hemikolektomi yapılan 7 yıllık prospektif veri bankasında ardışık 530 olgu incelenmiştir. Hastaların hiçbirinde mezenterik defekt kapatılmamıştır. Klinik ve görüntüleme yöntemleri ile belirlenen ince barsak obstrüksiyonları ortaya konulmuştur. **BULGULAR:** Hastaların %44'ü erkek ve ortalama yaş 69.6 ± 12.5 , ASA kategorisi II, vücut kitle indeksi 26.6 ± 5.7 kg/m², ameliyat süresi 175 ± 65 dakika, insizyon uzunluğu 5.7 ± 3.0 cm idi. Açığa dönüş oranı %6.8 (n=36) idi. Median hastanede yatış süresi 5 (4-7) gündü. Median izlem 20 (8-45) aydı. Mezenterik defekte bağlı olarak 4 (%0.8) hastada komplikasyon izlendi: internal herniasyona bağlı obstrüksiyon 2 hastada ve defekt nedeniyle 2 hastada anastomoz torsiyonu izlendi. İzlem süresinde, 26 (%4.9) hastada ince barsak obstrüksiyonu oldu. Obstrüksiyon nedeniyle ameliyat edilen 14 hastanın; 4'ünde adezyon, 4'ünde inkarsere karın duvarı hernisi, 4'ünde mezenterik defekt ve 2'sinde kanser rekürrensi saptandı. İnce barsak hastalığı olan grupta anlamlı olarak erkek oranı yüksekti. **SONUÇ:** Bu bulgular, laparoskopik sağ hemikolektomiden sonra rutin olarak mezenterin kapatılmasını desteklememektedir. Daha uzun dönem izlem sonuçları üzerinde çalışmalar gereklidir.

Divertiküler hastalıkta elektif sigmoid kolektomi endikasyonları

Klarenbeek BR, Samuels M, van der Wal MA, *et al.* Ann Surg. 2010 Mar 10. [Epub ahead of print]

AMAÇ: Acil cerrahiden kaçınmak için; divertiküler hastalık için elektif sigmoidektomi endikasyonları genellikle geçirilen rekürren atakların sayısı üzerine odaklanmıştır. 2005 yılında beri bu endikasyonlar tartışılmaktadır; bu hastaların büyük çoğunluğu ilk atakta komplikasyonlar ile başvurmaktadır. **HASTALAR ve YÖNTEM:** VU Üniversitesi Tıp Merkezine 1990 ile 2000 yılları arasında başvuran divertikülitli tüm hastalar Ocak 2009'a kadar izlenerek kohort analizine dahil edildi. Elektif sigmoid rezeksiyondan yarar görebilecek hastaları belirleyebilmek

için birkaç risk faktörü analiz edildi. **BULGULAR:** İncelenen 291 hastanın, 111'i (%38) konservatif olarak tedavi edildi, 180'i (%62) ameliyat edildi (108 acil cerrahi, 72 elektif cerrahi). Konservatif olarak tedavi edilen hastaların %48'inde (88 hasta) divertikülit atağı tekrarladı. Elektif cerrahi için endikasyonlar; devam eden yakınmalar, darlık bulguları, fistül ve dirençli abse oluşumu idi. Hastaların %74'ü laparoskopik olarak ameliyat edildi; toplam morbidite oranı %22 iken hiç mortalite izlenmedi. Açık ameliyat endikasyonlarının önemli kısmını (%57) peritonit ile birlikte perforasyonu olan hastalar oluşturmaktaydı. Diğer endikasyonlar; abse oluşumu (%22), obstrüksiyona yol açan darlık (%11), konservatif tedavide başarısızlık (%6) veya divertiküler hastalığa bağlı kanama (%4) idi. Olguların çoğunda (%58) Hartmann prosedürü yapıldı. Acil olarak ameliyat edilen bu hasta grubunda yüksek morbidite (%56) ve mortalite (%13) izlendi. Mortalitenin büyük çoğunluğu perforasyonlu hastalarda gerçekleşti. Acil ameliyat edilen hastaların %20'si daha önce divertikülit atağı geçirmişti. Risk faktör analizleri; (1) immün süpresif ilaç kullanımının, (2) kronik böbrek yetmezliğinin, veya (3) kollajen doku hastalığının rekürren divertikülit atakların perforasyon riskini 5 kat arttırdığını ortaya koydu (36% vs. 7%). **SONUÇ:** Divertiküler hastalık tedavisinde, elektif cerrahi endikasyonları sadece rekürren divertiküler atak sayısına bağlı olarak konulmalıdır. Elektif ameliyat için kesin endikasyonlar; darlık, fistül, tekrarlayan divertiküler kanamalarıdır. Ayrıca, divertikülit atağı konservatif olarak tedavi edilen hastalardan immün süpresif tedavi, kollajen doku hastalığı veya kronik böbrek yetmezliği nedeniyle yüksek riskli olan hastalar elektif sigmoid rezeksiyondan fayda görebilir.

Restoratif proktokolektomiden sonra septik komplikasyonlarla ilişkili olan faktörler

Kiran RP, da Luz Moreira A, Remzi FH, *et al.* Ann Surg. 2010;251(3):436-40.

AMAÇ: Restoratif proktokolektomiden sonra olan septik komplikasyonlar ile ilişkili faktörleri inceleyen çok az sayıda çalışma mevcuttur. Bundan dolayı; bu çalışmada preoperatif ve peroperatif restoratif proktokolektomi sonrası septik komplikasyonları etkileyebilecek faktörleri incelemektir. **HASTALAR ve YÖNTEM:** Prospektif veri bankasından restoratif proktokolektomiden sonra abdominal veya pelvik septik komplikasyonlar görülen hastalar belirlendi. Klinik olarak bulgu vermeyen anastomoz kaçakları ve ileostomi kapatılmasına bağlı komplikasyon gelişen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çok değişkenli "logistic regression" modeli sepsis için oluşturuldu. **BULGULAR:** Veri bankasına, 1983 ile 2007 yılları arasında mevcut olan 3233 hasta (%56 erkek) hasta dahil edildi. Hastaların %84'üne proksimal diversiyon yapıldı. Restoratif proktokolektomi ve ileostomi kapatılması sonrası 3 ay içinde komplikasyon 200 hastada (%6.2) görüldü. Multivaryans analizinde; vücut kitle indeksi>30 (P = 0.02, OR = 1.77), patoloji sonucu ülseratif kolit/belirlenmeyen kolit (P = 0.02, OR = 2) veya Crohn hastalığı (P = 0.02, OR = 3.6) olması ve intraoperatif (P = 0.02, OR = 1.6)/postoperatif (P = 0.01, OR = 1.9) transfüzyon yapılması bağımsız olarak septik komplikasyonlar ile ilişkili olduğu görüldü. Cerrahlar arasında bağımsız birlik oluşmasının, septik komplikasyonları azaltıcı etkisi olduğu belirlendi (P = 0.04). **SONUÇ:** restoratif proktokolektomi sonrası gelişebilen septik komplikasyonlar ile ilişkili risk faktörleri: vücut kitle indeksi>30, patoloji sonucu ülseratif kolit/belirlenmeyen kolit veya Crohn hastalığı olması ve intraoperatif/postoperatif transfüzyon yapılmasıdır.

Sakral sinir stimülasyonu sfinkter defektlerine bağlı olan fekal inkontinenslerde sfinkter tamiri ile karşılaştırıldığında geçerli bir yöntemdir.

Ratto C, Litta F, Parello A, *et al.* Dis Colon Rectum. 2010;53(3):264-72.

AMAÇ: Özellikle kadınlarda, sfinkter defektleri fekal inkontinens sebeplerinin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Geleneksel tedavi yöntemi olarak "overlap" sfinkteroplasti olarak kabul edilse de, cerrahi sonrası 5 yıl içinde sonuçlarda anlamlı olarak bozulmalar görülmüştür. Son zamanlarda, cerrahi tedavi sonrası ve primer tedavi olarak

sakral sinir stimülasyonu önerilmektedir. **HASTALAR ve YÖNTEM:** Anal sfinkter defekti olan fekal inkontinensli toplam 24 kadın hastaya sfinkteroplasti (14 hasta) yapıldı veya sakral sinir stimülatörü(10 hasta) implante edildi. Hastalara, klinik incelemenin yanı sıra 3 boyutlu endoanal ultrason ve anorektal manometri (ARM) hem başlangıçta hem de izlemde kontrolde yapıldı (Cerrahi grubunda median izlem 60 ay, 6-96 ay; sakral sinir stimülasyon grubunda median izlem 33.0 ay, 6-84 ay). **BULGULAR:** Başlangıç değerleri her iki grupta benzer olarak bulundu. Sfinkteroplasti yapılan 2 hastada (%14.3) tedaviden sonra 6. ve 19. aylarda fekal inkontinens tekrarladı. Bu hastalar, sakral sinir stimülasyon tedavisine çok iyi yanıt verdi. Her iki grupta klinik parametrelerde başlangıca göre düzelme görülürken ARM değerleri değişmedi. Sfinkteroplasti hastalarının 12'sinde, endoanal ultrasonda sfinkter defektinin kapandığı görüldü. İzlemde, iki grup arasında klinik ve ARM değerleri açısından anlamlı fark saptanmadı. **SONUÇ:** Bu bulgular doğrulamaktadır ki sakral sinir stimülasyonu sfinkter defekti olan hastalarda sfinkteroplastiye geçerli bir alternatif bir tedavi yöntemi olabilir.

Tersiyer referans merkezine yönlendirilen kronik anal ağrısı olan hastalarda ultrasonografik inceleme
Beer-Gabel M, Carter D, Venturero M, *et al.* Tech Coloproctol. 2010 Feb 20. [Epub ahead of print]

AMAÇ: Kronik anal ağrı, rölatif sık bir yakınma olarak uzman doktorların karşısına çıkmaktadır. Bu gün ki bilgilerimizle; intersfinkterik okült sepsisi ekarte dışında fonksiyonel bir patolojidir. Bu çalışmada, tanı konuşamamış kronik ağrısı olan hastaların ultrason kullanarak assendan seçilmemiş kohortunu yapmaktır. **HASTALAR ve YÖNTEM:** Tersiyer bir gastroenteroloji servisine Ocak 2005 ile Ocak 2008 arasında kronik anal ağrı tanısıyla yönlendirilen tüm hastalara endoanal ultrason ve statik ve dinamik transperineal ultrason yapıldı. **BULGULAR:** Yönlendirilen 1580 hastanın 146'sında kronik anal ağrı ana semptomdu. Bu hastaların 37'si (%25.3) intersfinkterik sepsis (ISS) tanısı ile cerrahiye yönlendirildi. Hastaların %70.6'sı erkekti. Tanı, hastaların %46'sında 6 aylık bir zaman diliminden sonra konulmuştu ve %80.8'inde posterior yerleşimli sepsis mevcuttu. hastaların %62'sinin daha önceden olan akut proktolojik sorunları olduğu görüldü. Cerrahi ile ultrason arasında tam uyum mevcuttu ve 15 hasta cerrahiden sonra 6 aylık sürede yakınması olmadan izlendi. **SONUÇ:** Okült intersfinkterik sepsis düşünüldüğü kadar nadir değildir ve ultrasonografi ile tanı konulabilir. Endoanal ve transperineal ultrason, fonksiyonel anorektal ağrıyı dışlamak için kullanılan diğer tanı yöntemleri ile birlikte kullanılmalıdır. Bu bulgular, fonksiyonel proktalji tanısında Roma III kriterinde revizyon gerekliliğini ortaya koymaktadır.